

Schwerer Brocken

Warum die Honorarverhandlungen mit den Kassen diesmal so mühsam waren

Tagebuch

Wie der Verhandlungsführer der KV den Honorar-Krimi erlebt hat

Euro statt Muschelgeld

Kurze Anleitung für die neue Vergütungswelt

Impfen

Übersicht zur Anforderung von Impfstoffen



Liebe Leserinnen und Leser!

Weder Kassen noch Politik fühlen sich an das von der Gesundheitsministerin gegebene Versprechen auf eine spürbare Erhöhung der Vergütung gebunden. Vielmehr hindert die Angst vor der eigenen Courage – sprich Gesundheitsfonds – alles Bemühen um eine Verbesserung der Versorgung. Allerdings: Wo auch nur kleine Handlungsspielräume bestanden, haben wir sie genutzt. Unterm Strich wird dadurch das Honorar für die Hamburger Ärzte und Psychotherapeuten im Jahr 2009 leicht steigen. Durch die bundeseinheitlichen Verteilungsmechanismen wird es aber auch unter den Hamburger Ärzten Verlierer geben.



Der bundeseinheitliche Punktwert von 3,5 Cent ist grotesk niedrig. Immerhin: Die neue Vergütungsstruktur schafft mehr Transparenz. Wenn in der Gebührenordnung Euro-Beträge stehen, wird das Honorar für den Hausbesuch eines Arztes mit dem eines Klempners vergleichbar. Der würde sich nicht für 17 Euro ins Auto setzen – und das ist eine politische Botschaft, die jeder versteht.



Ihr Dieter Bollmann

Ihre Meinung ist gefragt

Wir freuen uns über Reaktionen auf unsere Artikel, über Themenvorschläge und Meinungsäußerungen.

eMail-Adresse: redaktion@kvhh.de

Impressum

KVH Journal der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
für ihre Mitglieder und deren Mitarbeiter

Erscheinungsweise sechswöchentlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers
Gezeichnete Artikel geben die Meinung des Autors und
nicht unbedingt die des Herausgebers wieder.

VISDP: Walter Plassmann

Redaktion:
Abt. Öffentlichkeitsarbeit
Martin Niggeschmidt, Tel: (040) 22802-655

Layout und Satz:
Headquarters Hamburg, www.hqhh.de

Titelbild:
Delphine/Fotolia.com

Redaktionsschluss: 4. Dezember 2008

Inhalt

Schwerpunkt

Nachgefragt: Was sagen die Kassenvertreter zu den Honorarverhandlungen? _____ 4

Tagebuch: Wie der Verhandlungsführer der KV den Honorar-Krimi erlebt hat _____ 5

Hausärzteverband spielt Brutus _____ 11

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten _____ 14

Neufassung der Ultraschallvereinbarung tritt erst zum 1. April in Kraft _____ 15

Förderung für die Beratung von Praxen wird verlängert _____ 15

SBK: MedPlus-Patienten müssen wieder Kassengebühr zahlen _____ 15

Übersicht: Bezug von Impfstoffen im Rahmen der Impfvereinbarungen _____ 16

Rundschreiben

3. Nachtrag zum DMP Diabetes mellitus Typ 1 _____ 20

Verwaltungskostenbeitragssätze für 2009 _____ 20

Abrechnung

Unfallkasse Nord: Bitte Institutskennzeichen aktuell halten _____ 21

Abgabe der Abrechnungsunterlagen IV. Quartal 2008 _____ 21

Kurze Anleitung für die neue Vergütungswelt _____ 22

Forum

Adressverzeichnisse: Vorsicht vor vermeintlich kostenlosen Einträgen _____ 24

KV intern

Steckbriefe: Für Für Sie in der Kreisversammlung _____ 26

Terminkalender _____ 27

Kopiervorlage: Notfalldienste zum Jahreswechsel _____ [Hefrückseite](#)

Nachgefragt

■ Was sagen die Kassenvertreter zu den Honorarverhandlungen?



Die KV Hamburg hat mit winkeladvokatischen Tricks versucht, die gesetzlichen Vorgaben und die Vorgaben des Erweiterten Bewertungsausschusses auszuhebeln. Dieser kompromisslose Konfrontationskurs wird auf die KV zurückfallen. Was sie sich bei diesen Verhandlungen geleistet hat, ist Wasser auf die Mühlen jener, die für eine Abschaffung oder Schwächung dieser Körperschaft plädieren. Die gesetzlichen Krankenkassen sind nicht mehr in allen Bereichen auf die Zusammenarbeit mit der KV angewiesen. Hausarztverträge beispielsweise können wir auch mit anderen verhandeln.

*Günter Ploß, Leiter der VdAK
Landesvertretung Hamburg*



Die Verhandlungen waren außerordentlich schwierig, weil die Erwartungen der Ärzte nicht mit der Realität in Einklang zu bringen waren. Durch die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses fließt das zusätzliche Honorar zu einem großen Teil in die neuen Bundesländer, außerdem ließen sie der regionalen Ebene so gut wie keinen Verhandlungsspielraum. Die Krankenkassen in Hamburg waren von Anfang an bereit, den Ärzten die gesetzlich möglichen Vergütungserhöhungen vollständig zukommen zu lassen. Zusätzlich haben wir die Honorare bei Prävention und ambulanten Operationen wieder auf das aktuelle Niveau angehoben. Ich bin froh, dass dieses Ergebnis in Verhandlungen zustande kam, denn ein Schiedsspruch ist immer nur die zweitbeste Lösung.

*Cornelia Prüfer-Storcks
Mitglied des Vorstandes der AOK
Rheinland/Hamburg*



Im Vorfeld gab es zähe Auseinandersetzungen. Doch am Ende haben wir durch echte Verhandlungen eine Lösung gefunden, die beide Seiten tragen können. Für die gesetzlichen Krankenkassen birgt der Gesundheitsfonds erhebliche Unwägbarkeiten. Der erzielte Kompromiss trägt dazu bei, diese zumindest ein Stück weit zu mindern. Und jedes zwischen Partnern ausgehandelte Ergebnis ist bekanntlich besser, als eine Festlegung von dritter Seite.

*Günter Hoffmann, Leiter
der Vertragsabteilung
der IKK Hamburg*



Walter Plassmann am Vorabend der letzten Verhandlungsrunde: „Jetzt geht was.“

Tanz auf rohen Eiern

■ Auch in Hamburg schien ein Honorarrückgang für 2009 zeitweise unausweichlich zu sein. Wie es der KV gelang, das Ruder herumzureißen – hier das Tagebuch des Verhandlungsführers.

Die Auseinandersetzungen um die vertragsärztliche Vergütung 2009 in Hamburg waren so hart wie noch nie. In einem dramatisch verschlechterten Umfeld versuchte die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, die Verhandlungserfolge der vergangenen Jahre zu sichern. Schlussendlich gelang dies auch weitgehend – nach quälenden Verhandlungen, deren Ausgang lange Zeit völlig offen war. Wir haben Walter Plassmann, den stellvertretenden Vorsitzenden und Verhandlungsführer der KV Hamburg, gefragt, wie er die vergangenen Wochen erlebt hat. Er schickte ein Tagebuch.

Sommer 2007

Auf der Bundesebene beginnen die Vorbereitungen zur

Vergütungsreform, die das Bundesgesundheitsministerium verordnet hat. Mein Vorstandskollege Dieter Bollmann gehört dem „Arbeitskreis 4“ auf Bundesebene an, der die Honorarentscheidungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorbereitet.

Das ist zunächst einmal ein beruhigendes Gefühl, weil wir glauben, an alle Informationen frühzeitig herankommen und die Dinge so beeinflussen zu können, dass die Hamburger Interessen gewahrt bleiben.

Herbst 2007

Die Vorstellungen der KBV werden konkreter. Wir Hamburger kämpfen vor allem darum, regionalen Handlungsspielraum zu

erhalten. Es ist immer dasselbe: Bundesregelungen schaden niemandem so stark wie den Hamburgern. Die ambulante Versorgung der Hansestadt ist völlig anders strukturiert als in den anderen KVen. Die sind aber viel größer und mächtiger; vor allem die Ost-KVen bilden einen starken Block, der konsequent die Interessen der neuen Bundesländer vertritt. Trotzdem sind wir optimistisch.

November 2007

Wir glauben, einen Durchbruch erzielt zu haben. Die größten Sorgen hat uns bislang gemacht, dass zur Honorarberechnung des Jahres 2009 die

Fortsetzung auf S. 6

„Netto-Quote“ der Abrechnung aus 2007 genommen wird. Das steht so im Gesetz. Mit der „Netto-Quote“ wird beschrieben, wie groß der Unterschied ist zwischen den vom Arzt angeforderten und von der KV anerkannten Punkten („Brutto-Punkte“) und den nach Anwendung der Regeln des Verteilungsmaßstabes tatsächlich ausgezahlten Punkten („Netto-Punkte“). Diese Quote müsste eigentlich in allen KVen niedrig sein, denn die KV-Vorstände hatten sich immer wieder in die Hand versprochen, dass sie für einen ho-

>> Die Kassen sind zerstritten und können sich nur auf den kleinsten Nenner einigen. <<

hen rechnerischen Punktwert sorgen wollten, damit die Unterfinanzierung der ambulanten Medizin auch deutlich gemacht werden kann. Doch jetzt, wo die Zahlen zusammengetragen werden, stellt sich heraus, dass nur die wenigsten KVen den steinigen Weg gegangen sind, den EBM-Punktwert von 5,11 Cent wenigstens auf der Kalkulations-Seite anzupeilen. Mit gut 64 Prozent besitzt Hamburg die bundesweit niedrigste „Netto-Quote“ – von der KBV „HVV-Quote“ genannt, weil in allen anderen Bundesländern der Verteilungsmaßstab „Honorar-Verteilungs-Vertrag - HVV“ heißt, was wir in Hamburg aus naheliegenden Gründen vermieden hatten. Würde man nur auf die Netto-Quote aufsetzen, würde Ham-

burg dramatisch Geld verlieren. Dieter Bollmann gelingt es in einer Unzahl von Telefonaten und Gesprächen, die KBV für dieses Problem zu sensibilisieren. Schließlich wird eine Formel gefunden, die die „HVV-Quote“ modifiziert und Hamburg den erhofften Zuwachs bescheren soll. Ich gratuliere in der Vertreterversammlung Bollmann zu dieser Leistung. Er hat den Beifall der KV-Vertreter verdient.

Sommer 2008

Offen gestanden, können wir nicht mehr ganz genau abschätzen, wie das KBV-Verhandlungspaket aussieht.

Zu viele Änderungen wurden eingepflegt, auch stehen uns die Hintergrund-Formeln nicht zur Verfügung. Wir müssen der KBV-Führung schlicht vertrauen. Aber die ersten Nachrichten sind schlecht: Die KBV hat

die Verhandlung des Bewertungsausschusses platzen lassen, um eine Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses zu verhindern, dessen Spruch offenbar gegen die KBV ergangen wäre. Das fängt ja gut an.

29. August 2008

Der Spruch des Erweiterten Bewertungsausschusses ist da. Die KBV erklärt dazu, sie habe nach politischer Intervention erreichen können, dass den Vertragsärzten und -psychotherapeuten rund 2,5 Milliarden Euro mehr zufließen werden. Keine KV werde verlieren. Dazu veröffentlicht sie eine Tabelle mit den Steigerungsraten der einzelnen KVen. Sofort ist uns klar: Das war ein kapitaler Fehler. Denn die Ankündigungen der KBV beziehen sich auf die Basis 2007. Kein Arzt wird aber im September 2009 seine dann vorliegende Abrechnung des 1.Quartals 2009 mit der des 1.Quartals 2007 vergleichen,



Marvin Ristau/Fotolia.de

sondern bestenfalls mit dem des Vorjahresquartals. Wir rechnen kurz nach und stellen fest: Die in der Tabelle für Hamburg ausgewiesenen 7,2 Prozent Zuwachs sind Humbug. Durch die guten Vertragsabschlüsse für 2008 sind sie schon weitgehend „eingefahren“, müssen nun aber neu verhandelt werden und das unter dramatisch schlechteren Rahmenbedingungen. Wir ärgern uns über die falsche Erwartungshaltung, die die KBV geweckt hat.

4. September 2008

Wir legen unsere Forderungen fest und beginnen die Verhandlungen mit der Kassenseite. Die neuen Verträge müssen mit allen Krankenkassen gemeinsam und einheitlich abgeschlossen werden. Dies verschlechtert die Verhandlungsposition der KV massiv, denn die untereinander zerstrittenen Kassen werden sich allenfalls auf den jeweils kleinsten gemeinsamen Nenner verständigen können. Die

Auftaktrunde läßt denn auch nichts Gutes erwarten. Wir verhandeln in kurzen Abständen insgesamt fünf Runden mit den Krankenkassen, wobei unsere Befürchtungen bestätigt werden: Die Kassen nehmen eigentlich nur die KV-Position entgegen; eigene Vorstellungen scheinen sie noch nicht zu besitzen. Auch aus den anderen KVen hören wir, dass es keine wirklichen Verhandlungen gibt. Wir ahnen, dass wir ohne Schiedsamt wohl nicht auskommen werden. Da uns die Zeit wegzulaufen beginnt, schlagen wir den Kassen vor, eine kleine Vereinbarung zu schließen, um die Äußerungsfristen vor dem Schiedsamt zu verkürzen. Das hatte die Bundesebene auch gemacht. Doch die Kassen lehnen ab. Wir müssen die Verhandlungen für gescheitert erklären, damit die Einladungsfristen gehalten werden können. Das Schiedsamt setzt die ersten Termine fest, beginnend mit dem 27. September.

16. Oktober 2008

Sechste Verhandlungsrunde mit den Krankenkassen. Es ist ein gespenstisches Bild: Neben mir sitzen der KV-Vertragsleiter Dr. Patrick Grzybek und sein Mitarbeiter Matthias Baer-Zickur, wir werden unterstützt von Birgit Schwiecker, die den Bestand aller KV-Verträge verwaltet und unser wandelndes Vertrags-Gedächtnis ist. Uns vieren gegenüber sitzt eine Phalanx von nicht weniger als 21 Vertretern der Krankenkassen. Das größte Kontingent stellen die Ersatzkassen, neu hinzugekommen sind nun auch Vertreter der Landwirtschaftlichen Krankenkasse, die bis dato ihre Interessen über den BKK-Landesverband gewahrt hatte. Kurz zuvor hatten die Kassen pro forma einen eigenen Entwurf zum Honorarvertrag eingereicht, der sich darauf beschränkte, cursorisch die Gesetzeslage und die Beschlüsse des Bewer-

Fortsetzung auf S. 8



Abstruse Verhandlungssituation: Den vier KV-Vertretern sitzt eine Phalanx von nicht weniger als 21 Kassen-Abgesandten gegenüber.

Für "leistungsgerechte Zuschläge" ist kein zusätzlicher Geld da
 Knieps stützt ärztliche Honorarhoffnungen



Der neue des...
 ...
 ...

Bundesministerium
 für Gesundheit

Geschäftsführung des
 Bewertungsausschusses
 nach § 67 Abs. 1 SGB V
 Herrn Dr. Bernhard Rochell
 Herbert-Lewin-Platz 2
 10623 Berlin

per Fax vorab:
 030-4506-1380

nachrichtlich:
 Kassenärztliche Bundesvereinigung
 Herbert-Lewin-Platz 2
 10623 Berlin

GKV-Spitzenverband
 Minnastraße 51
 10117 Berlin

§ 6. Nov. 2008

Franz Knieps
 Leiter der Abteilung 2
 Gesundheitsversorgung, Kassenärztliche
 Bundesvereinigung
 Postfach 1, 10623 Berlin
 Postfach 106, 10117 Berlin
 10623 Berlin
 10623 Berlin
 Tel: +49 (0)30 89 444-2000 / 1000
 +49 (0)30 89 444-2001 / 1001
 Fax: +49 (0)30 89 444-4000 / 1000
 +49 (0)30 89 444-4001 / 1001
 E-Mail: franz.knieps@kbv.de

Berlin, den 3. November 2008

Rückendeckung aus dem Ministerium: Der „Knieps-Brief“ bringt die Kassen in eine scheinbar unbezwingbare Position.

Fortsetzung von S. 7

tungsausschusses zu beschreiben. Da fast alle Aussagen zur Umsetzung fehlen, hätte man ihn gar nicht anwenden können, selbst wenn man gewollt hätte. Trotzdem entwickelt sich so etwas wie eine Verhandlung. Wir sehen die Systematik der neuen Vergütung weitgehend konform. Allerdings gibt es einen ganz entscheidenden Unterschied: Die Krankenkassen wollen Fehlschätzungen bei der Frage, wie viel Geld beispielsweise für Leistungen auf die Seite gelegt werden soll, die zwar der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung, nicht aber dem Regelleistungsvolumen unterliegen, immer zu Lasten der Gesamtvergütung gehen lassen. Die Gesamtvergütung würde de facto eine Obergrenze darstellen, die zwar vorläufig wäre, aber eben nur nach unten: Jeder „zuviel“ ausgegebene Euro hätte zurückgezahlt werden müssen, jeder „gesparte“ Euro wäre dagegen bei den Krankenkassen

verblieben. Das wäre eine Verschlechterung gegenüber der heutigen Situation. Wir gehen ohne Einigung auseinander.

23. Oktober 2008

Der Erweiterte Bewertungsausschuss trifft eine weitere Entscheidung zur Vergütung 2009. Einige KVen, die über eine Benachteiligung geklagt hatten, erhalten mehr Geld, was die anderen (West-)KVen bezahlen müssen. Die KBV veröffentlicht eine neue Tabelle mit den veränderten vorgeblichen Zuwächsen in den KVen. Wunderlicherweise stehen dort höhere Summen als vorher, obwohl Geld umverteilt worden war. Wir verstehen die Tabelle endgültig nicht mehr, sind weiterhin sehr verärgert, dass sie überhaupt veröffentlicht wurde.

31. Oktober 2008

Die Krankenkassen haben zwei Verhandlungstermine abgesagt. Trotz der Terminenge können wir erst heute weiter verhandeln. Es wird eine enorm kurze

Verhandlung. Die Krankenkassen teilen uns mit, dass unser Verständnis der neuen Vergütungsstruktur unannehmbar ist – für uns ist dies wiederum der alles entscheidende Punkt. Die Verhandlungen sind endgültig gescheitert. Wir haben (erneut) den Eindruck, dass die Kassen schieben wollen, dass sie an einer schnellen Klärung – auch vor dem Schiedsamt – kein Interesse haben. Die bereits vorgegebenen Termine werden gekippt, man bietet uns den 17. November an. Dieser läge aber nach dem gesetzlich vorgegebenen Termin für die Einigung über die Gesamtvergütung (15. November), so dass wir dieses Datum zurückweisen. Nach einigem Hin und Her einigen wir uns auf den 13. November.

6. November 2008

Jetzt müssen wir unseren Schriftsatz für das Schiedsamt fertigstellen. Grzybek, Baer-Zickur und ich sitzen mit unserem Rechtsanwalt, Dr. Ulrich Steffen, zusammen und schleifen

die Formulierungen ab. Wir wenden eine neue Technik an: Wir arbeiten gemeinschaftlich an dem Text: Über einen Beamer werfen wir den Text an die Wand und diskutieren Schritt für Schritt die Formulierungen und Argumente. Nach fünf Stunden müssen wir uns auf den nächsten Tag verabreden.

7. November 2008

Noch einmal vier Stunden Feinschliff am Text. Die neue Vorgehensweise ist mühselig, aber erfolgreich. Auf 15 Seiten legen wir sehr schlüssig dar, warum unsere Sicht die logische und rechtlich korrekte und vor allem auch für sämtliche Beteiligte – inklusive der Krankenkassen – fairste aller Lösungen ist. Wir treffen erste taktische Abreden für die Schiedsamtssitzung. Wir sprechen ab, unsere Argumente ruhig und sachlich vorzutragen. Trotz der miserablen Rahmenbedingungen sind wir ganz optimistisch.

Am Abend der Schock. Über die KBV erreicht uns ein Schreiben von Franz Knieps, dem Abteilungsleiter Krankenversicherung im Bundesministerium für Gesundheit. Knieps ist der eigentliche Autor aller GKV-Reformen der vergangenen Jahre. In diesem Schreiben an den Erweiterten Bewertungsausschuss legt er dar, dass die Kassensicht der Dinge auf die Fehlschätzungen die einzig richtige sei – und er geht sogar noch einen Schritt weiter: Sollten die Vertragspartner auf der regionalen Ebene für die „freien Leistungen“ höhere

Punktwerte vereinbaren als den Orientierungspunktwert, müssten diese Gelder aus der Gesamtvergütung entnommen werden. Dieser Standpunkt ist ein Skandal. Würde sich diese Auffassung durchsetzen, wäre das neue System deutlich schlechter als das aktuelle. Das Morbiditätsrisiko verbliebe in weit größerem Umfang als heute bei den Ärzten, sie wären noch stärker eingemauert, als sie es heute schon sind. Ich verlebe ein Wochenende mit Depressions-Anfällen. So langsam sickert ein böser Gedanke durch das Hirn: Sollte das der Schlussstein einer grandiosen Strategie gewesen sein?

11. November 2008

Die Krankenkassen lassen über eine Rechtsanwaltskanzlei in Berlin ihren Schriftsatz einrei-

chen – 150 Seiten. In der KV-Vorstandssitzung herrscht Niedergeschlagenheit. Wir haben in aller Schnelle das Kassenangebot kalkuliert: Die Hamburger Ärzte würden einen Honorarrückgang hinnehmen müssen! Der Grund: Während es im „budgetierten“ Bereich bestenfalls eine Nullrunde geben würde, würden wir im Bereich der freien Leistungen massiv Geld verlieren. Hier fallen uns die Verhandlungserfolge der Vergangenheit auf die Füße, denn sie werden durch die Bundesentscheidungen mit einem Federstrich beseitigt. Die Kassen sind nicht bereit, das aktuelle Niveau zu halten, sie wollen in

Hamburg weniger zahlen als heute. Abends Kreisversammlung in Bergedorf. Ich erkläre die Struktur der neuen Vergütung und den entscheidenden Knackpunkt, an dem die Verhandlungen gescheitert sind. Die Empörung der Ärztinnen und Ärzte ist groß; sie richtet sich unmittelbar gegen die Politik. Spontan wird die Meinung geäußert, dass dies ein großer politischer Betrug sei und wir dies nicht hinnehmen dürften. Die Teilnehmer diskutieren, wie sie ihren Protest artikulieren könnten.

12. November 2008

Uns erreichen Nachrichten aus anderen KVen. Seitdem der „Knieps-Brief“ die Runde gemacht hat, nehmen die Krankenkassen flüchtig Zusagen zurück, die sie in Vertragsver-

>> Die Schiedsämter haben unisono gegen die KVen entschieden. Ist das Zufall? <<

handlungen bereits gemacht hatten. Die Schiedsämter urteilen unisono gegen die KVen. Da fällt mir ein, dass der Vorsitzende des „Bundes-Schiedsamts“, Prof. Jürgen Wasem, die Schiedsamts-Vorsitzenden der Länder bei einer Veranstaltung des (unabhängigen) „Instituts des Bewertungsausschusses“ über die Beschlüsse „informiert“ hatte. Mich beschleicht der Verdacht, dass dies wohl mehr gewesen ist als reine Information; es scheint mehr eine Handlungsanweisung gewesen zu sein.

Fortsetzung auf S.10



Ab Mittag sitze ich mit Grzybek und Baer-Zickur zusammen. Wir gehen den Antrag der Krankenkassen durch. Abends stoßen Bollmann, Steffen und die Vorsitzenden der Vertreterversammlung Dr. Michael Späth und Dr. Wolfgang Wesiack hinzu. Wir diskutieren unsere Chancen. Schnell wird allen klar, dass wir keine haben und sie noch nicht einmal (im Sinne des Münchner Skurril-Poeten Herbert Achternbusch) nutzen sollten. Die Intervention des Ministeriums und die offenkundige „Gleichschaltung“ der Schiedsamts-Vorsitzenden scheint uns wenig Spielraum zu lassen.

13. November 2008

Schiedsamts-Tag. Das Bild im „Forum“ der KV Hamburg ist bi-

>> Nehmen Sie es nicht so tragisch, sagt ein Kassenvertreter tröstend. <<

zarr: Das Schiedsamt besteht aus dem Vorsitzenden Günter Jansen (ehedem Sozialminister und SPD-Landesvorsitzender in Schleswig-Holstein) und zwei unparteiischen Beisitzern, sowie jeweils vier Vertretern der KV und der Kassen. Die Kassen werden durch zwei Rechtsanwälte vertreten, dem Verhandlungsführer der Ersatzkassen und nicht weniger als 25 Begleitpersonen. Auf KV-Seite sitzen neben Steffen lediglich Grzybek und Baer-Zickur. Wie schade, dass man diese Absurdität nicht im Foto festhalten kann! Es wird ein furchtbarer Tag. Wir strei-

ten unglaubliche sechs Stunden darum, ob das Schiedsamt nun korrekt besetzt ist oder nicht. Da wir den Vorsitzenden und einen Beisitzer schließlich wegen der Besorgnis der Befangenheit ablehnen müssen, fällt das Schiedsamt auseinander und ist nicht mehr beschlussfähig. Es bricht die Verhandlung ab, ohne dass über die Sache gesprochen worden wäre.

Am Rande des Schiedsverfahrens geschehen bemerkenswerte Dinge. Schon als ich zur Sitzung kam, legte mir bei der Begrüßung ein Krankenkassenvertreter die Hand auf den Arm und sagte: „Nehmen Sie es nicht so tragisch!“. Diese tröstenden Worte waren noch nicht einmal böse gemeint, die Kassenseite war sich ihrer Sache aber offenbar zu 100 Prozent sicher. In einer Verhandlungspause be-

gegnet mir im Flur eine andere Vertreterin der Kassenseite. Sie fragt mich, ob ich die Diskussion nicht „peinlich“ fände. Da hat sie nicht ganz unrecht, aber ich entgegne, dass die größte Peinlichkeit darin bestünde, dass uns die Krankenkassen einen Honorar-Rückgang zumuten wollten. Sie antwortet, dass dies nun einmal so beschlossen sei. Die gleiche Antwort erhält Späth, der in einer anderen Pause mit einem Krankenkassenvertreter spricht. Auch dieser zuckt die Schultern und sagt: „Ich kann die Beschlüsse nicht ändern.“ Es war also alles

festgezurrert gewesen, das Kassen-Schiff schoss unter vollen Segeln durch die See.

Für uns steht fest: Die Vertragsärzte sollen verladen werden. Man versprach ihnen – bis hinauf zur Bundeskanzlerin – einen Honorarzuwachs. Als die Krankenkassen deshalb einen Beitragssatz von 15,8 Prozent forderten, um diese Mehrausgaben zu finanzieren, blockte die Bundesregierung ab und senkte den Beitragssatz auf 15,5 Prozent. Wusste sie schon damals, dass die Kassen die knapp drei Milliarden Euro für die Ärzte niemals würden zahlen müssen? Oder hat sie es danach den Kassen zugesagt? Auffällig war jedenfalls gewesen, dass die Proteste der Kassen gegen die Versagung des errechneten Beitragssatzes sehr moderat und eher pflichtschuldig waren.

Als ob dies nicht gereicht hätte, grätschte das Bundesgesundheitsministerium in der Folge mehrfach in die Verhandlungen zwischen KVen und Kassen und verengte die Beschlüsse des Bewertungsausschusses so lange, bis von dem versprochenen Honorarzuwachs so gut wie nichts mehr vorhanden war. Selbst KVen, denen nach der Hochrechnung respektable Steigerungen versprochen worden waren, schauten nach den Schiedsamt-Entscheidungen betroffen auf die Ergebnisse: Sie lagen überall unter den Erwartungen.

17. November 2008

Über das Wochenende haben wir telefonisch die anstehenden

– auch juristischen – Auseinandersetzungen abgestimmt. Freitagabend hatte mein Vorstandskollege aus Schleswig-Holstein angerufen; auch dort war die Schiedsamtverhandlung geplatzt. Montag Treffen der KV-Vorstände in Berlin. Wir berichten von unseren Verhandlungs- oder Schiedsamt-Ergebnissen. Nur eine KV hat einen Verhandlungsvertrag erreicht. Die übrigen Schiedsamtbeschlüsse gleichen einander bis in die Details. Die Vorbereitungsarbeit des Ministeriums war also erfolgreich. So hätte auch unser Beschluss ausgesehen, wenn er am Donnerstag zuvor gefallen wäre. Aber noch etwas wird deutlich: So hart wie bei uns wird nur noch in Schleswig-Holstein gefochten. Am Wochenende hatte ich gehofft, so etwas wie eine „breite

Welle des Widerstands“ organisieren zu können; daraus wird jetzt nichts.

Fassungslos hören wir allerdings vom KBV-Vorsitzenden Dr. Andreas Köhler, dass ein im „Knieps-Brief“ gemachter Schlenker, dass die KBV der Ministeriums-Auffassung zugestimmt hätte, nicht der Wahrheit entsprach. Wir drängen Köhler, noch am selben Tag eine Klarstellung an das Ministerium zu schicken und uns dies zur Verfügung zu stellen. Tatsächlich stellt Köhler in einem Schreiben diese Aussage von Knieps richtig.

19. November 2008

Unser Rechtsanwalt arbeitet nahezu rund um die Uhr. Er trägt die wenigen Urteile und Aufsätze zu dem Thema „Befangenheit im Schiedsamt“ zusammen.

In permanenter Abstimmung feilen wir an unserem Schriftsatz. Der von uns abgelehnte Schiedsamtvorsitzende übt sein Amt allerdings munter weiter aus. Er lädt zu insgesamt drei weiteren Sitzungen ab dem 21. November ein und erklärt alles andere für rechtswidrig. Nach unserer Auffassung kann aber ein Vorsitzender, gegen den ein Abwahantrag läuft, nicht weiter aktiv bleiben. Wir reichen deshalb bei Gericht einen Antrag auf Einstweilige Anordnung ein, mit der dies festgestellt werden soll. Das Sozialgericht reicht den Antrag an das Landessozialgericht weiter. Ein wahres E-Mail-Gewitter setzt ein, an dem der Schiedsamtvorsitzende, das Gericht, unser Rechtsanwalt und mitt-

Fortsetzung auf S.12 

Hausärzteverband spielt Brutus

Mitten in der Hochphase der Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen wird mir eine E-mail zugespielt, die ein prominenter Vertreter des Hamburger Hausärzteverbandes an Krankenkassenmitarbeiter – vor allem der BARMER – geschickt hat. Hierin bittet er um „Hintergrundinformationen“, die er für einen Misstrauensantrag gegen mich nutzen möchte. Die E-mail schließt mit einem „Beispiel für gute Kooperation“, worunter der Verfasser die aktuelle Ausgabe des „Hausarzt“-Pamphlets versteht. Darin nimmt Verbands-Vize Volker Lambert eine Bewertung der Verhandlungskompetenz von KV und Verbänden vor. Überraschenderweise „gewinnt“ der Hausarztverband diesen albernem Vergleich. Die blindwütige Naivität der Führung des Hamburger Hausärzteverbandes lässt mich immer wieder aufs Neue ratlos zurück. Wie kann man nur glauben, die Verhandlungsposition dadurch zu verbessern, dass man den eigenen Verhandlungsführer hinterrücks mit Hilfe des „Gegners“ erdolcht? Wer solche Methoden anwendet, wird niemals als seriöser Verhandlungspartner angesehen werden – und wenn er noch so viele Mandate gesammelt hat. Hoffentlich werden die Hamburger Hausärzte nie darauf angewiesen sein, sich von solchen Funktionären vertreten zu lassen.

Walter Plassmann

lerweile auch die Behörde als Aufsicht des Schiedsamtes beteiligt sind. Von letzterer kommt am Nachmittag eine Stellungnahme, die uns Hoffnung gibt: Die Behörde scheint der Auffassung zu sein, dass der stellvertretende Schiedsamtsvorsitzende das Verfahren erst einmal zu übernehmen habe. Damit könnten wir leben.

20. November 2008

Trotz der für uns offenbar günstigeren Lage habe ich mich in einer mehr oder minder schlaflosen Nacht dazu entschlossen, noch einmal den Verhandlungsweg zu suchen. Tags zuvor hat-

>> Dann der Anruf: Das Landes-sozialgericht lehnt unseren Antrag ab.<<

te ich Informationen über die Ergebnisse in Bremen (Schiedsamt) und Nordrhein (Verhandlungslösung) erhalten. Diese waren besser als die Schiedsamtbeschlüsse der Tage zuvor; offenkundig hat der Köhler-Brief geholfen. Vielleicht geht ja jetzt doch noch etwas; Bollmann und Späth stimmen einer Initiative zu. Vorsichtig strecke ich meine Fühler aus. Ich stoße nicht gleich auf Ablehnung. Für den Nachmittag hat das Landessozialgericht eine Entscheidung angekündigt.

Am späten Vormittag feilen Dr. Steffen und ich an den Feinheiten unserer letzten Stellungnahme für das Gericht; wir sind eigentlich guter Dinge. Dann platzt ein neuerliches Schreiben der

Hamburger Behörde in unser Telefonat. Es gibt dezidiert der Kassenposition Recht – in allen Punkten. Die Achterbahnfahrt der letzten Tage geht also munter weiter. Wir müssen unsere Stellungnahme umstricken.

Nachmittags Beiratssitzung in der KV. Immer wieder werde ich durch Telefonate herausgerufen. Es ist schwierig, die Kassen wieder an den Verhandlungstisch zu bekommen. Sie sind nicht nur aufgebracht wegen unseres Vorgehens, sondern fühlen sich nach wie vor in einer schier unbezwingbaren Position. Dann ein Anruf unseres Anwaltes: Das Landessozialgericht lehnt unseren Antrag ab; am Tag darauf soll die Schied-

satzung stattfinden. Ich komme gar nicht dazu, Trübsal zu blasen ob dieser Entscheidung, denn unmittelbar darauf teilt Kassen-Verhandlungsführer Günter Ploß (VdAK-Vorsitzender) mit, dass die Kassen zu Verhandlungen bereit sind – aber nur mit dem Schiedsamt „stand by“. Wir verabreden die Details.

Abends Vertreterversammlung. Wir stellen ungeschminkt die Situation dar und erhalten Rückendeckung von der Mehrheit der Ärzte und Psychotherapeuten. Die Erfahrungen der letzten Jahre bestätigen sich also auch in einer solch dramatischen Stunde: Wir haben das Vertrauen der gewählten Vertreter der Hamburger Ärz-

te und Psychotherapeuten. Nur auf einer solchen Basis können wir unsere harte Verhandlungslinie überhaupt durchziehen; sie war der Grund der vielen Verhandlungserfolge der letzten Jahre und sie stärkt uns auch in der jetzigen schwierigen Situation den Rücken. Wir danken den KV-Vertretern für diese wertvolle und wichtige Unterstützung.

21. November 2008

Trotz des Wintereinbruchs können wir pünktlich die Schiedsamtssitzung in der AOK beginnen. Gemäß unserer Abrede vertagt sich das Schiedsamt unmittelbar nach Eröffnung und wir beginnen die Verhandlungen. Die Situation ist noch absurder geworden. Da wir auf die Zusage der Verhandlungen vertraut hatten, waren meine Schiedsamt-Kollegen Späth, Wesiack und Bollmann sowie unser Anwalt gar nicht erst mitgekommen; wir hatten es für sinnvoller erachtet, sie in Praxis, KV und Kanzlei arbeitenderweise „warten“, als sie in der AOK untätig herumsitzen zu lassen. Aber jetzt sitze ich mitterseelenallein den gut 30 Kassenvertretern gegenüber, denn meine Mitstreiter Grzybek und Baer-Zickur mussten im Hintergrund Platz nehmen. Es ist wie ein Tanz auf rohen Eiern. Wir müssen unsere Verhandlungsposition natürlich zurücknehmen, aber auch nicht zuviel, wenn wir überhaupt etwas erreichen wollen. Aus den Reihen der Kassen schlägt mir teilweise blanker Hass entgegen. Ich skizziere eine Verhand-

lungslösung (die noch ein wenig „Luft“ enthält), wir diskutieren kurz, und dann zieht sich die Kassen-Kavalkade zu Beratungen zurück. Das Warten beginnt; es sollte nicht das letzte Mal sein...

Dann die Nachricht: Die Kassen sind bereit, auf dieser Basis zu verhandeln und haben erfreulicherweise eine Verhandlungskommission gebildet. Es sind immer noch mehr Personen als wir, aber jetzt ist das Verhältnis wenigstens nur noch sechs zu drei. Ein schlussendlich zwölfstündiger Marathon beginnt. Mehrfach standen wir davor, die im Nebenraum und an ihren Arbeitsstellen wartenden Schiedsamt-Mitglieder zu rufen, aber irgendwie haben wir immer wieder die Kurve bekommen. Die größten Probleme macht das Ersatzkassen-Lager, das sich teilweise völlig intransigent zeigt. Die Unterbrechungen werden immer länger, teilweise warten wir über zwei Stunden darauf, dass die Delegation von den internen Beratungen zurückkommt. Merkwürdig, dass diese Tarif-„Rituale“ offenbar überall gleich sind.

Am frühen Abend steht der Kompromiss. Wir hatten eine Verhandlungspause genutzt, um ihn schriftlich zu fixieren. Doch die darauf angekündigte „kurze Pause“, um die anderthalb Seiten Text zu prüfen, zieht sich schier endlos hin. Der von den Kassen mitgebrachte Rechtsanwalt muss offenbar seine Kompetenz unter Beweis stellen. Nach zwei Stunden werden uns nun drei Seiten vorgelegt, die



Nach dem Verhandlungsmarathon: KV-Vertragsleiter Dr. Patrick Grzybek (rechts) und sein Mitarbeiter Matthias Baer-Zickur.

zwar juristisch brillant formuliert sind, aber leider sachliche und technische Fehler enthalten. Mehrfach geht es hin und her, bis um 22 Uhr dann endlich das Papier steht. Nur – es kann nicht ausgedruckt werden, da mittlerweile das AOK-Netzwerk automatisch heruntergefahren war. Also werden die letzten Änderungen handschriftlich eingefügt und unterschrieben. Wir sind viel zu müde, um erleichtert zu sein.

Alles in allem können wir mit dem Kompromiss zufrieden sein. Wir haben in den wichtigsten Bereichen Prävention und ambulantes Operieren das Hamburger Niveau (eines des höchsten in Deutschland) halten können und einige weitere Leistungen, wie zum Beispiel die Schmerztherapie, „ausdeckeln“ können. Es war richtig, eine Entscheidung am ersten Schiedsamtstag verhindert zu haben. Wir hätten zu diesem Zeitpunkt

ein solches Ergebnis wohl nicht erzielen können, die Rahmenbedingungen waren eine Woche später deutlich besser.

Jetzt gilt es, in weiteren Schritten das eigentliche Ziel – den Wegfall des Budgets – zu erreichen. Wir haben noch immer einen Deckel auf dem Honorar, doch er ist deutlich dünner geworden als es der alte war. Wir müssen in 2009 nun schauen, wo wir ihn durchbrechen können. Bis dahin müssen wir aber noch etwas anderes tun. Die Ost-KVen drängen massiv darauf, den „Behandlungsbedarf“ bundesweit einheitlich festzulegen. Für die KV Hamburg, die traditionell den höchsten Behandlungsbedarf aller KVen hat (der „Medizinmetropole“ sei dank), würde dies einen Honorarverlust von 13 Prozent bedeuten! Klar, dass wir das verhindern müssen. Nach dem Kampf ist vor dem Kampf.

Walter Plassmann



Fragen und Antworten

■ In dieser Rubrik greifen wir Fragen des Praxisalltags auf, die unserem Infocenter gestellt wurden. Wenn Sie selbst Fragen haben, rufen Sie bitte an. Infocenter Tel: 22802-900

1 Am 30. Juni 2009 endet der erste Fünf-Jahres-Zeitraum für die Fortbildungspunkte. Müssen die Punkte sowohl bei der Ärztekammer, als auch bei der Kassenärztlichen Vereinigung gemeldet werden?

Nein, die Fortbildungspunkte können nur bei der Ärztekammer gemeldet werden. Die Ärztekammer leitet die Information an die Kassenärztliche Vereinigung weiter.

2 Ein Patient verlangt von mir das Ausstellen einer Behandlungsquittung. Bin ich zur Ausstellung verpflichtet? Muss der Patient dafür die Kosten tragen?

Patienten haben seit 2004 das Recht, eine Auflistung von allen erbrachten Leistungen und deren Kosten (das Honorar soll angemessen geschätzt wer-

den) zu erhalten, die mit der Krankenkasse abgerechnet werden. Die Quittung kann der Patient entweder direkt nach der Behandlung oder nach Ablauf eines Quartals verlangen. Der Patient hat die Kosten in Höhe von 1 Euro gegebenenfalls zuzüglich der Portokosten zu tragen.

3 Wie lange ist eine Heilmittelverordnung gültig?

Sofern der Vertragsarzt auf der Heilmittelverordnung keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, sollen Behandlungen wie folgt begonnen werden:

- Physikalische Therapie innerhalb von 10 Tagen nach Ausstellung der Verordnung
- Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie innerhalb von 14

Tagen nach Ausstellung der Verordnung

- Ergotherapie innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung der Verordnung
- Podologische Therapie innerhalb von 28 Tagen nach Ausstellung der Verordnung

Ist eine Genehmigung bei der zuständigen Krankenkasse einzuholen, beginnt die Frist mit dem Genehmigungszeitpunkt.

4 Ich möchte meine Formulare über die Blankoformularbedruckung erstellen. Muss ich dafür einen Antrag stellen? Wo bekomme ich das spezielle Papier her?

Sie müssen einen Antrag bei der KV Hamburg stellen. Das Antragsformular können Sie sich unter www.kvhh.de herunterladen.

terladen. Sollten Sie keinen Internetanschluss haben, schickt Ihnen das Infocenter gerne ein Exemplar zu.

Das Papier (DinA 4 und DinA 5) für die Blankoformularbedruckung bekommen Sie beim Pförtner der KV Hamburg. Beachten Sie

jedoch, dass Ihnen das Papier nur ausgehändigt wird, wenn Sie einen entsprechenden Antrag gestellt haben.

Ultraschallvereinbarung

■ Neufassung tritt erst zum 1. April 2009 in Kraft

Die Neufassung der Ultraschallvereinbarung tritt erst zum 1. April 2009 in Kraft. Ursprünglich war der 1. Januar 2009 als Termin vorgesehen. Das erschien vielen KVen jedoch als kaum realisierbar. Deshalb hat

die KBV kurzfristig entschieden, den Termin um ein Quartal zu verschieben. In einem redaktionellen Beitrag zur Neufassung der Ultraschallvereinbarung in der 48. Ausgabe des Deutschen Ärzteblattes wird fälschlicher-

weise noch der 1. Januar 2009 als Termin genannt.

*Ansprechpartnerin:
Abteilung Qualitätssicherung
Beate Gehrke-Vehrs
Tel: 22802-384*

Staatliche Zuschüsse für die Beratung von Praxen

■ Förderung wird bis Ende 2011 verlängert

Die Mitte dieses Jahres ausgelaufene staatliche Förderung für die Beratung kleiner Unternehmen (also auch Praxen) ist bis zum 31. Dezember 2011 verlängert worden. Das Bundeswirtschaftsministerium will Freiberufler und kleine Unternehmen bei der Unternehmensführung

unterstützen. Nicht nur für Beratungen zum Thema Qualitätsmanagement, sondern auch zu vielen anderen Themen (zum Beispiel Arbeitsschutz) kann die Förderung in Anspruch genommen werden. Der Förderantrag muss innerhalb von drei Monaten nach Abschluss der Bera-

tung gestellt werden. Bis zu 50 Prozent der Beratungskosten (maximal 1.500 Euro) können erstattet werden.

*Weitere Infos unter:
www.leitstelle.org
Leitstelle Gewerbeförderung
Tel: 0221 / 37 77 388*

Rücknahme der Befreiung von der Kassengebühr

■ Teilnehmer an SBK MedPlus (DMP) müssen wieder bezahlen

Die Teilnehmer an SBK MedPlus (DMP) müssen ab 1. Januar 2009 wieder die Kassengebühr bezahlen. Die Siemens-Betriebskasse (SBK) begründet

ihre Entscheidung mit veränderten Finanzierungsbedingungen der Disease-Management-Programme (DMP). Vor diesem Hintergrund sei die SBK zu dem

Ergebnis gekommen, dass die Befreiung von der Kassengebühr für die SBK MedPlus-Teilnehmer nicht mehr möglich ist.

Bezug von Impfstoffen

■ Übersicht: Wie werden Impfstoffe im Rahmen der mit den Kassen geschlossenen Impfvereinbarungen angefordert?

Immer wieder tauchen in den Praxen Fragen zur Impfstoffanforderung im Rahmen der mit den Kassen geschlossenen Impfvereinbarungen auf. Auch die Krankenkassen weisen darauf hin, dass es bei den Anforderungen bisweilen zu Problemen kommt. Wir haben die Systematik für Sie nochmals komprimiert zusammengestellt. Ergänzende Hinweise finden Sie in den gelben Seiten Ihres KV Hamburg-Satzungsordner und im Internet unter www.kvhh.de → Rechtsquellen und Verträge → Gesetze und Verträge → Verträge der KVH.

1. Vereinbarung über Schutzimpfungen zwischen der KV Hamburg und den Kassen

Impfstoffe, die im Rahmen der Vereinbarung über Schutzimpfungen zwischen der KV Hamburg und den Kassen verabreicht werden, sind über „Impfstoffanforderung“ auf Vordruck Muster 16 zu Lasten der BEK Hamburg zu beziehen. Die Anforderung größerer Mengen ist der Einzelanforderung vorzuziehen, da Großpackungen wirtschaftlicher sind.

Das richtig bedruckte Rezeptblatt:

- Anforderung nur zu Lasten der „BEK“ auf Muster 16
- Feld „8“ mit einer „8“ kennzeichnen
- Im Namensfeld nur „Impfstoffanforderung“ angeben
- keine Mischverordnungen, nur Impfstoffe anfordern

Krankenkasse bzw. Kostenträger BEK - HH		Hilfe- Kassen-Nr.	Impf- Kassen-Nr.	Gr. St. Kassen-Nr.	Reg- Kassen-Nr.	Apotheken-Nummer / R
Name, Vorname des Versicherten IMPFSTOFFANFORDERUNG		Geburtsdatum		Zustellung		
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Gesamt-Betrag		
Betriebsstellen-Nr.		Arzt-Nr.		Anzahl der Infektionen		
Datum		00.00.00		Faktor		
Rp. (Bitte Leerläufe durchstreichen)		Vertragsstempel				
DIPHTERIE ADSORBAT 10x0,5 ML 2x		123456789 Gemeinschaftspreis Dr. med. Karl Mustermann Dr. med. Lena Musterfrau Musterstraße Hamburg				
FLUAD 02/03 KAN PER 10x0,5 ML 1x						
Td-VIRELON PER 20x0,5 ML 1x						
Bei Arbeitsunfall auszufüllen		Unterschrift des Arztes Muster 16 (7.2008)				
Unfalltag		Unfallbetrieb- oder Arbeitgebernummer				



Franz Pfluegl - Fotolia.com

Folgende Impfungen sind nicht Bestandteil dieser Vereinbarungen:

- Schutzimpfungen, für die Dritte aufgrund gesetzlicher Vorschriften Kostenträger sind (zum Beispiel Arbeitgeber, wenn wegen beruflich bedingter Gefährdung geimpft wird; auch im Ehrenamt)
- Schutzimpfungen, die ausschließlich aus Anlass von Auslandsreisen durchgeführt werden.
Ausnahme: Ergänzungsvereinbarungen folgender Krankenkassen: TK, GEK, ktp BKK, Dräger + Hanse BKK (siehe Seite 19)
- Schutzimpfungen gegen Tetanus und Tollwut im Verletzungsfall, soweit es die Applikationen in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Verletzung beziehungsweise Exposition betrifft, zählen zu den kurativen Leistungen und sind daher nicht nach der Impfvereinbarung abrechenbar.

Wichtig:

- Bitte machen Sie von der Möglichkeit der Impfung mit Mehrfachimpfstoffen Gebrauch (soweit keine Kontraindikation).
- Die Versicherten müssen ihren Anspruch durch Vorlage der Krankenversichertenkarte nachweisen.
- Impfstoffe sind nicht budgetiert. Wenn das Rezeptblatt korrekt ausgefüllt ist, belasten die Impfstoffe nicht das Arzneimittelbudget und auch nicht die arztindividuelle Arzneimittel-Richtgröße.

Abrechnung von Impfleistungen im Rahmen der Impfvereinbarung

Einfachimpfungen	Abr.-Nr.	Punkte je Impfung
Diphtherie	89020	130
Hepatitis B	89030	130
Influenza	89040	130
Pertussis	89050	130
Polio	89060	130
Masern	89070	130
Mumps	89080	130
Röteln	89090	130
Varizellen	89100	130
Tetanus	89110	130
Meningokokken	89120	130
FSME	89130	130
Haemophilus influenzae b-Infektion	89140	130
Pneumokokken-Infektion	89150	130
Hepatitis A	89160	130
Humane Papillomaviren (HPV) Alter d. Patientin: 12 bis 17 Jahre	89000	130
Zweifachimpfungen	Abr.-Nr.	Punkte je Impfung
Diphtherie-Tetanus (DT)	89210	130
Masern-Mumps	89220	130
Hib-Hepatitis B	89230	130
Tetanus-Diphtherie (Td)	89240	130
Dreifachimpfungen	Abr.-Nr.	Punkte je Impfung
Masern-Mumps-Röteln (MMR)	89310	200
Diphtherie-Hib-Tetanus (DT-Hib)	89320	130
Diphtherie-Pertussis-Tetanus (DTaP)	89330	130
Tetanus-Diphtherie-IPV (Td-IPV)	89340	130
Tetanus-Diphtherie-Pertussis (TdaP)	89350	130
Vierfachimpfungen	Abr.-Nr.	Punkte je Impfung
Diphtherie-Tetanus-Pertussis-IPV (DtaP-IPV)	89410	140
Diphtherie-Tetanus-Pertussis-Hib (DtaP-Hib)	89420	140
Tetanus-Diphtherie-Pertussis-IPV (TdaP-IPV)	89430	140
Masern-Mumps-Röteln-Varizellen	89440	250
Fünffachimpfungen	Abr.-Nr.	Punkte je Impfung
Diphtherie-Tetanus-Pertussis-IPV-Hib (DtaP-IPV-Hib)	89510	170
Sechsfachimpfungen	Abr.-Nr.	Punkte je Impfung
Diphtherie-Tetanus-Pertussis-IPV-Hib-Hep. B (DtaP-IPV-Hib-Hep. B)	89610	320

2. Ergänzungsvereinbarung zwischen der KV Hamburg und TK, GEK, ktp BKK, Dräger + Hanse BKK

Impfstoffe und Malariaprophylaxe, die im Rahmen der Ergänzungsvereinbarung zwischen der KV Hamburg und TK, GEK, ktp BKK, Dräger + Hanse BKK verabreicht werden, sind wie folgt zu beziehen:

- über Muster 16 auf den Namen des Patienten
 - zu Lasten der jeweils zuständigen Kasse
 - Feld „8“ mit einer „8“ kennzeichnen
- Ein Bezug zu Lasten der BEK („Impfstoffanforderung“ wie auf Seite 16 beschrieben) ist nicht möglich.

Abrechnung von Impfleistungen im Rahmen der Ergänzungsvereinbarung

Impfung	1. Impfung (Abr.-Nr.)	Jede weitere Impfung beim selben Arzt-Patienten-Kontakt (Abr.-Nr.)
Hepatitis A	89950 / 12,00 €	89951 / 6,00 €
Hepatitis B	89952 / 12,00 €	89953 / 6,00 €
Hepatitis A und B (Kombinationsimpfstoff)	89954 / 12,00 €	89955 / 6,00 €
FSME (Frühsommermeningoenzephalitis)	89956 / 12,00 €	89957 / 6,00 €
Meningokokken	89958 / 12,00 €	89959 / 6,00 €
Tollwut	89960 / 12,00 €	89961 / 6,00 €
Typhus und Hepatitis A (Kombinationsimpfstoff)	89962 / 12,00 €	89963 / 6,00 €
Typhus	89964 / 12,00 €	89965 / 6,00 €
Cholera	89966 / 12,00 €	89967 / 6,00 €
Gelbfieber	89968 / 12,00 €	89969 / 6,00 €

Die teilnehmenden Krankenkassen übernehmen zudem die Kosten der HPV-Impfung für weibliche Versicherte, die 18 bis 25 Jahre alt sind.

Impfung	1. Impfung (Abr.-Nr.)	2. und 3. Impfung
Humane Papillomaviren (HPV) Alter d. Patientin: 18 bis 25 Jahre	89941 / 21,00 €	89942 / 6,30 €

Achtung: Wird ein HPV-Impfzyklus vor dem 18. Geburtstag der Patientin begonnen, werden auch Folgeimpfungen, die nach dem 18. Geburtstag stattfinden, im Rahmen der Impfvereinbarung durchgeführt. Der Bezug des Impfstoffs erfolgt dann zu Lasten der BEK (siehe Seite 16). Die Abrechnung erfolgt über die Nr. 89000 (siehe Tabelle links).

Abrechnung der Malaria-Prophylaxe im Rahmen der Ergänzungsvereinbarung

Die teilnehmenden Krankenkassen übernehmen die Kosten für eine im Zusammenhang mit den vorgenannten Reiseimpfungen notwendige Malaria-Beratung.

Prophylaxe	Abr.-Nr.
Malaria	89990 / 6,00 €

*Ansprechpartner: Medizinische Fachberatung,
Dr. Joachim Weidner Tel: 22802-442, Eva-Elisabeth Zunke Tel: 22802-402*

DMP Diabetes mellitus Typ 1

■ 3. Nachtrag zum Vertrag

Zwischen

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse,
dem BKK-Landesverband NORD (handelnd für die Betriebskrankenkassen, die dem unten genannten Vertrag beigetreten sind, zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd als Landesverband der landwirtschaftlichen Krankenversicherung),
der Knappschaft,
der IKK Hamburg (handelnd für die Innungskrankenkassen, die dem unten genannten Vertrag beigetreten sind),
den nachfolgend benannten Ersatzkassen in Hamburg

- Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg
- Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH (KKH), Hannover
- Gmünder ErsatzKasse (GEK), Schwäbisch Gmünd
- HEK - Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg
- Hamburg Münchener Krankenkasse (Hamburg Münchener), Hamburg
- hkk, Bremen

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg (VdAK), vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Hamburg

und der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**

wird im Folgenden der

3. Nachtrag vom 01. Nov. 2008

zum Vertrag vom 10. Juni 2008 über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 auf der Grundlage von § 83 SGB V in der Fassung des 2. Nachtrags vom 01.09.2008 vereinbart.

1. Die Anlage 1 wird wie folgt geändert:

In Anlage 1 wird unter Punkt **Schulungen** in der 2. Spalte ein neuer Punkt vorangestellt:

„Schulung von mindestens 10 Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1 pro Jahr“

der Inhalt der 3. Spalte wird wie folgt neu gefasst:

„Bestätigung / Nachweis durch Teilnahmeerklärung bei Antragstellung sowie auf Anfrage der KVH (1x jährlich)“

2. Inkrafttreten

Dieser Nachtrag tritt zum 01.07.2008 in Kraft.

Verwaltungskostenbeitragssätze für 2009

■ Beschluss der Vertreterversammlung der KVH vom 20.11.2008

1. Die Vertreterversammlung beschließt, als Beitrag zur Deckung der Verwaltungskosten 2,35 % von den über die KVH abgerechneten Honorarumsätzen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und den psychologischen Psychotherapeuten sowie ärztlich geleiteten Einrichtungen gemäß § 51 Abs. 1 Satz 1 der Satzung zu erheben. Für alle – soweit zulässig – nicht mittels elektronischer Datenträger eingereichte Abrechnungen beträgt der Verwaltungskostenbeitragssatz 2,80 %.

2. Für die Abrechnung der Leistungen (nichtärztliche Dialyseleistungen) nach § 126 Abs. 5 SGB V wird der Beitragssatz nach Ziffer 1. vertragsgemäß auf 0,2 %, für die Abrechnung des Familienplanungszentrums auf 1,0 % festgesetzt.

3. Für die Abrechnung von ambulanten Notfallbehandlungen durch nicht nach der Notdienstordnung zur Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst Hamburg berechnete Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen werden 2,25 % vom Honorarumsatz als Gebühr gemäß § 51 Abs. 1 Satz 2 der Satzung erhoben. Für alle – soweit zulässig – nicht mittels elektronischer Datenträger eingereichte Abrechnungen beträgt der Verwaltungskostenbeitragssatz 2,70 %.

4. Für die Finanzierung von Sicherstellungsaufgaben wird ein Verwaltungskostenbeitragssatz von 0,2 % vom Honorarumsatz nach Nr. 1 erhoben.

5. Die Regelung tritt mit der Abrechnung für das IV. Quartal 2008 in Kraft.

Hamburg, den 21.11.2008

Brake

Abrechnung mit Unfallkasse Nord

■ Institutionskennzeichen müssen aktuell sein

Die Unfallkasse Nord bittet die niedergelassenen Ärzte, ihre Institutionskennzeichen (IK) aktuell zu halten. Die Ärzte müssen dieses IK beim Schriftverkehr und beim Zahlungsverkehr mit Sozialversicherungsträgern angeben. Offenbar kommt es immer wieder vor, dass Rech-

nungen der Ärzte nicht sofort beglichen werden können, weil die in den IK hinterlegten Daten (Name, Anschrift, Geldinstitut und Kontonummer) nicht mehr aktuell sind. Um Zahlungsrückläufer zu vermeiden, sollten Sie die Sammel- und Verteilerstelle IK informieren, sobald sich

Kontonummern oder andere IK-relevante Daten ändern.

*SVI – Sammel und
Verteilungsstelle IK
Alte Heerstr. 111
D – 53757 Sankt Augustin
Tel: 02241 / 231-1800
Fax: 02241 / 231-1334*



Abgabe der Abrechnungsunterlagen IV. Quartal 2008

2. Januar 2009 bis 14. Januar 2009

Mo.-Fr. von 7.00 bis 16:30 Uhr und

Sa. von 7.00 bis 13.00 Uhr

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Die Frist zur Abgabe der Behandlungsausweise kann nur in begründeten Fällen verlängert werden. Ein Antrag auf Fristverlängerung muss gem. § 1 Abs. 2 der Ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KV Hamburg mit schriftlicher

Begründung vor Ablauf der Abgabefrist bei der KV Hamburg vorliegen. Für ungenehmigt verspätet eingereichte Abrechnungsunterlagen wird nach § 1 Abs. 3 der Ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KVH für jeden über die Frist

hinausgehenden Kalendertag eine Versäumnisgebühr von 20 Euro berechnet.

Außerhalb der oben genannten Abgabezeiten können die Abrechnungsunterlagen nur nach Rücksprache mit der zuständigen Abrechnungsabteilung abgegeben werden.

*Den richtigen Ansprechpartner
vermittelt das Infocenter:
Tel: 22802 – 900*

Euro statt Muschelwährung

■ Kurze Anleitung für die neue Vergütungswelt

Ab dem 1. Januar 2009 wird es einschneidende Veränderungen in der Vergütungssystematik und dem Verteilungsmaßstab geben. Grund sind gesetzliche Vorgaben, die nach langem Hin und Her auch mit den Hamburger Krankenkassen umgesetzt werden konnten (siehe Seite 5). Aber was heißt das für den einzelnen Arzt oder Psychologen? Wir soll er mit den neuen Regeln umgehen? Wir geben im folgenden eine kurze Handlungsanleitung.

Drei Dinge braucht der Arzt künftig:

- eine **Gebührenordnung** in Euro
- einen Brief der Kassenärztlichen Vereinigung, in dem er sein **Regelleistungsvolumen** (RLV) mitgeteilt bekommt
- und eine Liste, in der alle **„freien Leistungen“** aufgeführt sind; sie kommt ebenfalls von der KV.

Und dann ist alles ganz einfach: Angenommen, das RLV beträgt für das betreffende Quartal 50.000 Euro. Dann kann der Arzt Leistungen zum in der Gebührenordnung festgelegten Euro-Preis erbringen, bis er die Obergrenze von 50.000 Euro erreicht hat. Erbringt er Leistungen für mehr als 50.000 Euro, werden die über der Grenze liegenden Leistungen abgestaffelt bezahlt. Erbringt er Leistungen für 48.000 Euro, bekommt er nur 48.000 Euro ausbezahlt. Die auf der Liste verzeichneten „freien Leistungen“ unterliegen nicht dem RLV. Sie werden unbegrenzt nach festem Euro-Preis honoriert. Künftig kann ein Arzt also jeden Tag errechnen, wie viel Honorar er in dem aktuellen Quartal erzielt hat. Alles ganz einfach.

Kompliziert wird es erst, wenn man verstehen will, wie diese Honorarbestandteile entwickelt wurden. Hierzu muss man einen Blick hinter das schöne, aufgeräumte Euro-Schaufenster werfen. Beginnen wir mit den „freien Leistungen“. In Hamburg konnte die KV mehr freie Leistungen mit den Krankenkassen vereinbaren als von der Bundesebene vorgesehen (siehe Tabelle links). Die Punkt-Bewertun-

gen dieser Leistungen werden mit dem bundesweit gültigen „Orientierungspunktwert“ von 3,5001 Cent multipliziert und ergeben so den Euro-Betrag. Für ambulante Operationen und Präventionsleistungen konnte die KV Hamburg Zuschläge zum Punktwert verhandeln, so dass das Vergütungsniveau des Jahres 2008 erhalten bleibt.

Alle anderen Leistungen werden aus dem Topf der „morbiditätsbedingten Gesamtvergütung“ (MGV) bezahlt. Dazu gehören Leistungen, die innerhalb der Regelleistungsvolumina (RLV) und solche, die außerhalb honoriert werden. Für die außerhalb der RLV honorierten Leistungen (siehe Tabelle unten) gilt de facto auch die Einzelleistungsvergütung.

Das RLV wird der Praxis jeweils für das nächste Quartal mitge-

Freie Leistungen

- Belegärztliche Leistungen (Kapitel 36 EBM, GOP 13311, 17370 und Geburtshilfe)
- Ambulante Operationen (Kapitel 31 sowie GOP 13421 bis 13431, 04514, 04515, 04518, 04520)
- Präventionsleistungen inkl. U7a und Hautkrebsscreening (inkl. Exzisionen)
- Vakuumstanzbiopsien
- Strahlentherapie (Kapitel 25)
- Phototherapeutische Keratektomie
- Künstliche Befruchtung
- Substitutionsbehandlung
- Schmerztherapie (Abschnitt 30.7.1)
- Dialyse-Sachkosten
- Wegepauschalen
- Leistungen im Rahmen von Sonderverträgen (z.B. DMP, HzV)

Leistungen außerhalb der RLV

Alle Ärzte:

- Besondere Inanspruchnahme
- Organisierter Notfalldienst
- Dringende Besuche
- Akupunktur
- Auswertung Langzeit-EKG (Auftragsleistung)
- Kostenpauschalen

Fachärzte darüber hinaus:

- Praxisklinische Betreuung
- „Sonstige Hilfen“
- Behandlung von Naevi Flammei/Hämangiome
- Histologie, Zytologie
- ESWL
- MRT-Angiographie
- Polysomnographie
- Labor
- Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale

teilt. Das RLV ist an keine Fallzahlen gebunden und wird pro Arzt ermittelt.

Dazu wird der Arzt einer Gruppe von Kollegen zugeordnet, die ein ähnliches Leistungsspektrum aufweisen. In der Arztgruppe wird dann der durchschnittliche Fallwert (basierend auf den Abrechnungsergebnissen 2007) errechnet; dieser für alle Ärzte der Gruppe gleiche Fallwert wird multipliziert mit der Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal.

Das RLV wird erhöht, wenn der Arzt in 2007 besonders viele ältere Patienten (über 60 Jahre) oder Kleinkinder (unter 5 Jahren) behandelt hat. Das RLV vermindert sich, wenn die Fallzahl des Arztes um mehr als 150 Prozent über dem Durchschnitt der Arztgruppe liegt. Die RLV werden der Praxis zugeteilt; das bedeutet, dass in einer Gruppenpraxis die RLV aller Ärzte addiert werden. Es bleibt aber dabei, dass die Gemeinschaftspraxis als Praxis gegenüber der KV abrechnet. Zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe des KVH-Journals standen die Arztgruppen noch nicht endgültig fest. Wir werden Gruppen und Fallwerte nach Fertigstellung im Internet veröffentlichen.

Die Abrechnung eines Arztes wird sich also künftig aus vier Quellen speisen:

- 1.) Freie Leistungen = Bewertung in Euro mal Abrechnungsfrequenz
- 2.) Leistungen innerhalb MGV, aber außerhalb RLV = Bewertung in Euro mal Abrechnungsfrequenz

Wie die Psychotherapeuten abrechnen

Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie werden künftig ohne Unterscheidung des Zulassungsstatus zu einem festen Satz von gut € 80 pro Sitzungsstunde vergütet. Auch für die übrigen Leistungen der Psychotherapie werden feste Euro-Sätze honoriert, auch dies unabhängig vom Zulassungs-Status.

Psychologen, Ärzte für Psychotherapie und ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte erhalten kein Regelleistungsvolumen. Für sie gilt aber auch eine Obergrenze der abrechnungsfähigen Leistungen. Sie wird ermittelt über die Stundenzahl, die sich aus den abgerechneten Leistungen ergeben. Für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen ist eine Grenze von 27.090 Minuten vorgesehen; hinzu kommt ein Zeitkontingent für die übrigen Leistungen, das die KV Hamburg noch ermitteln muss. Rechnet ein Arzt oder Psychologe mehr Leistungen ab, als nach dieser „Kapazitätsgrenze“ möglich wäre, wird bis zu der 1,5fachen Menge mit quotierten Preisen ausgezahlt wie bei den ein RLV übersteigenden Abrechnungen. Abrechnungen. Darüber hinaus gehende Leistungen werden nicht vergütet.

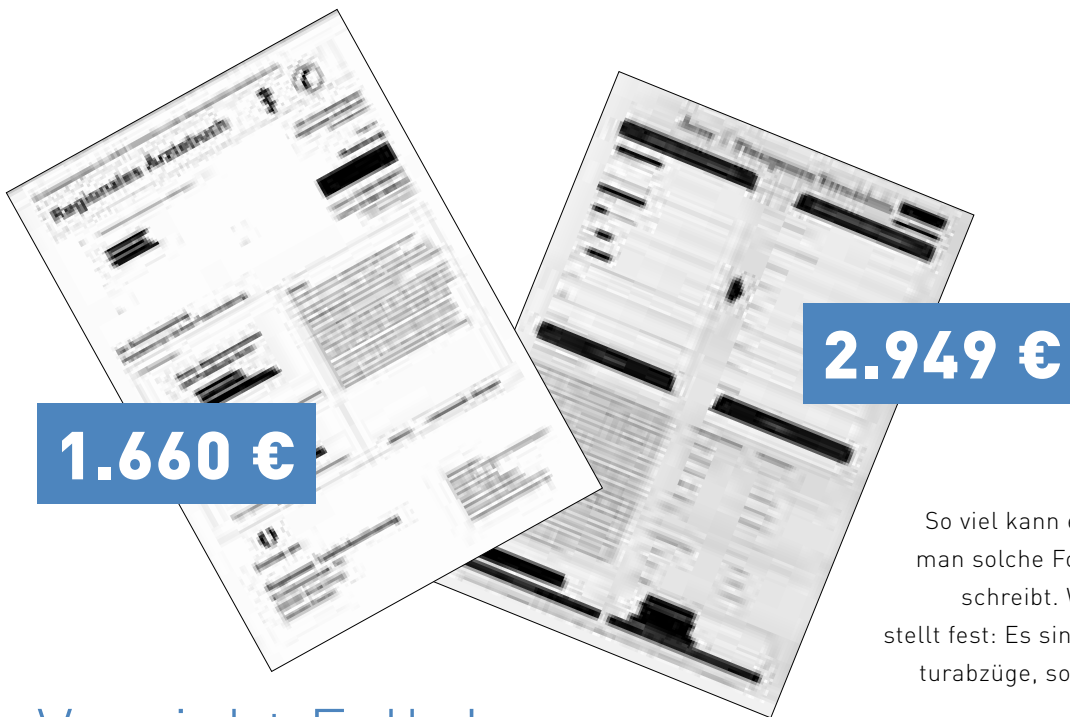
- 3.) Leistungen innerhalb MGV im RLV bis zur RLV-Grenze = Bewertung in Euro mal Abrechnungsfrequenz
- 4.) Leistungen innerhalb MGV im RLV oberhalb RLV-Grenze = quotierte Bewertung in Euro mal Abrechnungsfrequenz

Der Unterschied zwischen „freien Leistungen“ und Leistungen außerhalb des RLV liegt darin, dass eine Leistungsvermehrung der „freien Leistungen“ zu Lasten der Krankenkassen geht. Eine Leistungsvermehrung der Leistungen in der MGV, aber außerhalb des RLV könnte dagegen zu Lasten der (gesamten) RLV gehen. Werden tatsächlich in diesem Bereich mehr Leistun-

gen abgerechnet als kalkuliert wurde, muss in Verhandlungen zwischen KV und Kassen geklärt werden, wie hiermit umzugehen ist. Der Arzt erhält seine Leistungen aber in jedem Fall ohne jeglichen Abzug bezahlt.

Die neue Vergütungswelt ist also für den „Anwender“ klar und einfach. Dahinter liegen allerdings sehr komplizierte Vereinbarungen zwischen der KV und den Krankenkassen. Wer sich für weitere Details der Honorarverteilung interessiert, sei an eine Broschüre verwiesen, die den KV-Mitgliedern zusammen mit dem RLV zugesandt wird.

Walter Plassmann



So viel kann es kosten, wenn man solche Formulare unterschreibt. Wer genau liest, stellt fest: Es sind keine Korrekturabzüge, sondern Aufträge.

Vorsicht Falle!

■ Der vermeintlich kostenlose Eintrag in Adress-Verzeichnisse kann niedergelassene Ärzte teuer zu stehen kommen. Wir zeigen, wie Sie sich schützen können.

„Ich lege gar keinen Wert darauf, in irgendein Internet-Verzeichnis aufgenommen zu werden“, sagt die Hamburger Allgemeinärztin Dr. Zohreh Taherpour-Golsefidi. „Solche Angebote werfe ich eigentlich immer weg.“ Dennoch hat sie eines unterschrieben – im Trubel des Praxisalltags, ohne das Kleingedruckte zu lesen, zusammen mit einem ganzen Stapel anderer Papiere. Nun soll sie insgesamt über 1.600 Euro zahlen.

Die Masche von Adressbuchfirmen, die aus versehentlich geleisteten Unterschriften Kapital schlagen, ist immer ähnlich: Der Arzt bekommt eine Art „Korrekturabzug“ zugeschickt, auf dem seine Praxisdaten eingetragen sind. So kann der Eindruck entstehen, die Daten seien bereits in einem öffentlichen Verzeichnis

eingestellt, würden nun aber auf ihre Aktualität hin überprüft und gegebenenfalls korrigiert. Erst aus dem Kleingedruckten wird ersichtlich, dass es um den Neu-Abschluss eines Vertrages geht, der eine Praxis teuer zu stehen kommen kann.

Noch tückischer sind Formulare, auf denen ausdrücklich damit geworben wird, der „Grundeintrag“ in ein Internet-Verzeichnis sei kostenlos. Dass der Arzt mit seiner Unterschrift keinen „Grundeintrag“ bestätigt, sondern einen „hervorgehobenen Eintrag“ in Auftrag gibt, dass dieser „hervorgehobene Eintrag“ 800 bis 1.000 Euro pro Jahr kostet und die Laufzeit mehrere Jahre beträgt – auch dies sind Details, die erst bei genauerer Lektüre deutlich werden. Andere Werbeschreiben ähneln einer Rechnung. Ihnen beigelegt sind bereits ausgefüllte Überweisungsträ-

ger. Flüchtige Leser meinen, der Auftrag sei längst erteilt worden – und bezahlen, ohne sich näher mit dem Angebot auseinander zu setzen.

Die Einträge in den Adressbüchern sind meist völlig wertlos – selbst über die Internet-Suchmaschine Google findet man niedergelassene Ärzte leichter als über abseitige Internet-Verzeichnisse. Für die Anbieter ist es aber ein einträgliches Geschäft – und das will man sich nicht verderben lassen. Ein Journalist, der sich betrogen fühlte und daraufhin eine umfangreiche Materialsammlung über die Geschäftspraktiken von Adressbuchfirmen im Internet veröffentlichte, wurde Medienberichten zufolge mit Klagen überschüttet und öffentlich als Kinderschänder diffamiert (Spiegel 36/2006). Die von ihm aufgebaute Website

www.adressbuchbetrug.info übernahmen daraufhin andere Betroffene, die ebenfalls von „Drohungen aus der Betrügerszene“ berichten.

Die bisweilen zu Tausenden gleichzeitig ausgesandten Werbeschreiben von Adressbuchanbietern gehen nicht nur an niedergelassene Ärzte, sondern an Kleinunternehmer und Selbständige aller Art. Die beworbenen Internet-Verzeichnisse sind allerdings teilweise branchenspezifisch. Auf niedergelassene Ärzte abgesehen haben es vor allem zwei Firmen: Der Telefonbuchverlag Wagner aus Kösching (www.regionales-aerztebuch.de, www.aerzte-kliniken-regional.de) und das in der Schweiz ansässige Unternehmen Novachannel (www.med1web.com, Ärzte-Therapeuten-Verzeichnis). „Gerade Novachannel mit ihrem stilisiertem Äskulap-Stab auf dem Formular scheint bei den Ärzten gut anzukommen“, sagt der unter anderem auf Auseinandersetzungen mit Adressbuchfirmen spezialisierte Hamburger Anwalt Jochen Seeholzer. Gegen Novachannel hat das Schweizer Staatssekretariat für Wirtschaft (Seco) im September 2005 Anzeige wegen unlauteren Wettbewerbs erstattet. (Pressemitteilung vom 6.9.05; zu den Hintergründen siehe Tages-Anzeiger 9.10.06) Das Verfahren läuft noch. Auch in Deutschland ermittelte die Staatsanwaltschaft gegen Telefonbuchfirmen wegen Betrugsverdachts. „Bei uns gehen immer wieder Anzeigen gegen

den Telefonbuchverlag Wagner ein“, sagt Ingolstadts leitender Oberstaatsanwalt Dr. Helmut Walter. „Strafrechtlich sind solche Praktiken aber in der Regel nicht zu fassen.“

Im zivilrechtlichen Bereich gibt es in Deutschland aber Urteile, die aufgrund versehentlich geleisteter Unterschriften zustande gekommene Verträge mit Adressbuchfirmen für ungültig erklären. Bei den für Ärzte besonders relevanten Firmen ist die Neigung, mit ihren Geldforderungen bis vor Gericht zu gehen, deshalb offenbar ziemlich

gering – zumindest, wenn sie es mit auf diesem Gebiet erfahrenen Anwälten zu tun bekommen. „Ich habe noch nie erlebt, dass es der Telefonbuchverlag Wagner oder Novachannel auf einen Prozess ankommen ließ“, sagt Anwalt Seeholzer.

Auch die Hamburger Ärztin Dr. Zohreh Taherpour-Golsefidi musste nicht vor Gericht. „Nachdem mein Anwalt eine Anfechtungserklärung rausgeschickt hat, bot der Telefonbuchverlag einen Vergleich an“, berichtet die Ärztin. „Darauf bin ich nicht eingegangen. Seitdem habe ich nichts mehr von denen gehört.“

Wie kann ich mich schützen?

- Prüfen Sie Angebote von Adressverzeichnis-Anbietern besonders sorgfältig – auch wenn es sich um reguläre Branchenbücher oder um offizielle Verzeichnisse zu handeln scheint.
- Bleiben Sie misstrauisch, wenn der Anschein erweckt wird, als gebe es bereits eine Geschäftsbeziehung zwischen Ihnen und dem Anbieter.
- Wenn Sie nicht sicher sind, mit wem Sie es zu tun haben, können Sie beim Verband Deutscher Auskunfts- und Verzeichnismedien (VDAV, Tel: 0211/577995-0) anrufen und nachfragen, ob der Anbieter bereits aufgefallen ist.
- Informieren Sie auch Ihre Mitarbeiter.

Was tun, wenn ich versehentlich unterschrieben habe?

- Bezahlen Sie nicht. Es ist Ihr gutes Recht, sich zu wehren, wenn Sie sich getäuscht fühlen.
- Nehmen Sie sich einen sachkundigen Anwalt. Die Chancen, auf diese Weise günstiger davonzukommen, stehen nicht schlecht – auch, wenn Sie das Geld bereits an die Adressbuchfirma überwiesen haben. Hamburger Anwälte, die Erfahrung mit solchen Fällen haben, finden Sie auf der Website: www.adressbuchbetrug.info

Für Sie in der Kreisversammlung

Dr. Gerhard Diehl (Obmann Kreis 2)



Geb. Datum: 7.3.1957
Familienstand: verheiratet,
3 Kinder
Fachrichtung: HNO, Allergologie, plastische OP
Weitere Ämter: Beirat u. Fachgruppensprecher in der
Facharztambulanz HH, Mitglied im Vor-
stand der HNO-Gesellschaft HH
Hobbys: Sport, moderne Kunst, Musik

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?

Konflikte zwischen Hausärzten und Fachärzten,
Klinikärzten und niedergelassenen Kollegen be-
enden, um als geeinte Ärzteschaft für eine leis-
tungsgerechte Bezahlung mit entsprechendem
Qualitätsanspruch und reduzierter Bürokratie
zu kämpfen.

Wo sehen Sie die KV und das Gesundheitssystem in 10 Jahren?

Die Reglementierung und Bevormundung der Ärzte
wird ebenso wie die Bürokratie zunehmen. Die KV
wird verstärkt Serviceaufgaben übernehmen, da ihr
Einfluss im Gesundheitssystem zurückgehen und
sie nur noch für die Grundversorgung verantwortlich
sein wird. Finanzgesellschaften werden den „Gesund-
heitsmarkt“ für sich entdecken.

Welchen Politiker würden Sie gerne einmal tref- fen und was würden Sie ihn fragen?

Keinen, da ich mir nichts davon verspreche.

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen?

Beruflich: Patientenversorgung ohne Hetze,
Budgets, Bürokratie oder andere Zwänge
Privat: eine Weltreise mit meiner Familie

Dr. Thomas Begall (Obmann Kreis 20)



Geb. Datum: 29.01.1962
Familienstand: ledig
Fachrichtung: Augenarzt in
einer Praxis mit operativem
Schwerpunkt (Grauer Star, Grüner
Star und Makula)
Hobbys: Motorfliegen

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?

Wohnortnahe hausärztliche und fachärztlich
Versorgung auf hohem Niveau. Gute kollegiale
Zusammenarbeit der Vertragsärzte - das ist der
beste Schutz vor der Übernahme der ambulanten
Versorgung durch von Kapitalgesellschaften und
Kliniken geführte MVZ.

Wo sehen Sie die KV und das Gesundheitssystem in 10 Jahren?

Die Kassen werden versuchen, ihre Patienten
stärker zu dirigieren. Anspruchsvolle Patienten
werden zwar weiterhin zu den ihnen vertrauten
Haus- und Fachärzten gehen. Doch die anderen
werden in Zentren kanalisiert.

Welchen Politiker würden Sie gerne einmal tref- fen und was würden Sie ihn fragen?

Keinen

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen?

Flying-Doctor-Service

Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zum Jahreswechsel 2008/2009

Wenn Sie den Jahreswechsel für Betriebsferien nutzen, so möchten wir Sie bitten, rechtzeitig für einen Praxisaushang mit Hinweis auf Ihre Vertretung zu sorgen. Geben Sie bitte auch entsprechende Hinweise auf Ihrem Anrufbeantworter mit Angabe des Vertreters, Telefonnummer der Notfalldienstzentrale und Adresse der Notfallpraxen in Altona und Farmsen.

Ihr Ansprechpartner: Christian Wieken, Abt. Notfalldienste, Tel.: 22802-444

Auf der Rückseite dieses Heftes finden Sie eine Kopiervorlage mit den Dienstzeiten des Ärztlichen Notfalldienstes Hamburg, der beiden Notfallpraxen und der vier Notfallambulanzen als Kopiervorlage. Sie können diese Übersicht gern in Ihrer Praxis aushängen.

Terminkalender

Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung

Do. 26.3.2009 um 20 Uhr im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Qualitätsmanagement-Seminare

QEP-Einführungsseminare für Arztpraxen

Jeweils Fr. 15 – 21 Uhr u. Sa. 8:30 – 16:30 Uhr

Fr./Sa. 27./28.02.2009
Fr./Sa. 08./09.05.2009
Fr./Sa. 03./04.07.2009
Fr./Sa. 11./12.09.2009
Fr./Sa. 27./28.11.2009

QEP-Einführungsseminare für Psychotherapeuten

Jeweils Fr. 15 – 21 Uhr u. Sa. 8:30 – 16:30 Uhr

Fr./Sa. 15./16.05.2009
Fr./Sa. 03./04.07.2009
Fr./Sa. 30./31.10.2009

QEP-Vertiefungsseminare für Arztpraxen (5-teilig)

Jeweils 15 – 19:30 Uhr

Seminarblock 1

Mi. 22.04.2009
Mi. 27.05.2009
Mi. 08.07.2009
Mi. 09.09.2009
Mi. 28.10.2009

Seminarblock 2

Fr. 03.07.2009
Fr. 11.09.2009
Fr. 30.10.2009
Fr. 04.12.2009
Fr. 26.02.2010

QEP-Vertiefungsseminare für

Psychotherapeuten (einzeln buchbare Teile)

Jeweils 15 – 21 Uhr

Fr. 13.02.2009, (Teil 1)
Fr. 08.05.2009, (Teil 2)
Fr. 11.09.2009, (Teil 3)

QEP-Themenseminare

Datenschutz

Mi. 17.06.2009 (9:30 – 17 Uhr)

QEP-QMB-Seminar (3-teilig)

Mi. 30.09.2009 (9 – 17 Uhr)
Mi. 04.11.2009 (9 – 17 Uhr)
Mi. 09.12.2009 (9 – 17 Uhr)

QEP-Kommunikationstraining

Mi. 28.10.2009 (15 – 19:30 Uhr)

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Anmeldeformulare im Internet unter: www.kvhh.de → Ärzte/Psychotherapeuten

→ Qualitätsmanagement → QEP-Seminare und Termine

Telefonische Anmeldung: Ursula Dudziak Tel: 22802-633



Notfalldienste zum Jahreswechsel 2008/2009



An den Feiertagen stehen niedergelassene Ärzte ihren Patienten für die Notfallversorgung wie gewohnt rund um die Uhr zur Verfügung.

Den **fahrenden Notfalldienst** (Besuchsdienst),
Telefonnummer 22 80 22, erreichen Sie:

vom 23.12.2008 ab 19 Uhr bis 5.1.2009 um 7 Uhr

Die **Notfallpraxen** Farmsen (Berner Heerweg 124) und Altona (Stresemannstraße 54) haben geöffnet:

vom 24.12.2008 bis 28.12.2008	von 7 bis 24 Uhr
am 29.12.2008 und am 30.12.2008	von 13 Uhr bis 24 Uhr
am 31.12.2008 und am 1.1.2009	von 7 bis 24 Uhr
am 2.1.2009	von 13 bis 24 Uhr

Die **Notfallambulanzen für Kinder** an den vier Hamburger Kliniken sind wie folgt erreichbar:

am 24. Dezember 2008 und 31. Dezember 2008 sowie an Wochenenden und Feiertagen

Altonaer Kinderkrankenhaus

Bleickenallee 38 von 10 bis 18 Uhr

Klinikum Nord (Heidberg)

Tangstedter Landstraße 400 von 10 bis 18 Uhr

Kinderkrankenhaus Wilhelmstift

(Rahlstedt) Liliencronstraße 130 von 10 bis 18 Uhr

Helios Mariahilf Klinik

(Harburg) Stader Straße 203c von 13 bis 19 Uhr